

ANNEE 1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

N°
288

Diplôme d'ÉTAT

PAR

ROSENBACH Israël

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 4 Décembre 1906, à Fundul-Moldovei (Roumanie)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE TUBERCULOSE
de la Faculté de Médecine de Paris

PNEUMONIES PROLONGÉES
et séquelles de pneumonie
simulant la tuberculose

Président : M. Léon BERNARD, *Professeur*

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas
PARIS

1933

FRANCE

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'ÉTAT

PAR

ROSENBACH Israël

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 4 Décembre 1906, à Fundul-Moldovei (Roumanie)

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DE TUBERCULOSE
de la Faculté de Médecine de Paris

PNEUMONIES PROLONGÉES

et séquelles de pneumonie

simulant la tuberculose

Président : M. Léon BERNARD, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas
PARIS

1933

LANE LIBRARY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152024_0012

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Clinique médicale	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	
Clinique chirurgicale	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique neurologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
	LEMAITRE.

Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de
 l'adulte

Professeurs sans chaire

Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 Léon BERNARD.

MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MAUCLAIRE.
 MULON.
 VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE : Neurologie et
 Psychiâtrie.
 AUBERTIN : Pathologie médi-
 cale.
 BÉNARD HENRI : Pathologie
 médicale.
 BROCC : Pathologie chirurgi-
 cale.
 BRULÉ : Pathologie médicale.
 BUSQUET : Pharmacologie.
 CADENAT : Pathologie chi-
 rurgicale.
 CATHALA : Pathologie médi-
 cale.
 CHABROL : Pathologie mé-
 dicale.
 CHAILLEY-BERT : Physiologie.
 CHEVALLIER : Pathologie mé-
 dicale.
 DOGNON : Physique.
 DONZELOT : Pathologie médi-
 cale.
 ECALLE : Obstétrique.
 FEY : Urologie.
 GASTINEL : Bactériologie.
 GATELIER : Pathologie chi-
 rurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES : Pa-
 thologie chirurgicale.
 GIROUD : Histologie.
 HALPHEN : Oto-rhino-laryn-
 gologie.
 HARVIER : Pathologie médi-
 cale.
 HAZARD : Pharmacologie.
 HUGUENIN : Anatomie pa-
 thologique.
 HUTINEL : Pathologie médi-
 cale.

MM.

JOANNON : Hygiène.
 LABBÉ (Henri) : Chimie bio-
 logique.
 LAROCHE (Guy) : Pathologie
 médicale.
 LEVEUF : Pathologie chirur-
 gicale.
 LÉVY-VALENSI : Neuro-psy-
 chiâtrie.
 LIAN : Pathologie médicale.
 MONDOR : Pathologie chirur-
 gicale.
 MOREAU : Pathologie médi-
 cale.
 MOULONGUET : Pathologie
 chirurgicale.
 MOURE : Pathologie chirur-
 gicale.
 OBERLING : Anatomie patho-
 logique.
 OLIVIER : Anatomie.
 PIÉDELIEVRE : Médecine lé-
 gale.
 PORTES : Obstétrique.
 QUÉNU : Pathologie chirur-
 gicale.
 RICHET : Physiologie.
 SANNIÉ : Chimie biologique.
 SÉZARY : Dermatologie et sy-
 philigraphie.
 TROISIÈRE : Pathologie expé-
 rimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) :
 Pathologie médicale.
 VAUDESCAL : Obstétrique.
 VELTER : Ophtalmologie.
 VIGNES : Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX : Obstétrique.

LEROUX : Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE : Parasitologie.

REITTERER : Histologie.

ZIMMERN : Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI : Clinique médicale.

CHIRAY : Clinique médicale.

DUVOIR : Clinique médicale.

BASSET : Clinique chirurgicale.

CHEVASSU : Clinique chirurgicale.

HEITZ-BOYER : Clinique Chirurgicale.

MOCQUOT : Clinique chirurgicale.

MM.

PROUST : Clinique chirurgicale.

SCHWARTZ : Clinique chirurgicale.

LE LORIER : Clinique obstétricale.

LÉVY-SOLAL : Clinique obstétricale.

METZGER : Clinique obstétricale.

GUÉNIOT : Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire : Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

MM.

FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEIL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE, A MON PERE
en témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A MES FRERES ET A MA SŒUR
qui partagent mes peines et mes joies. Avec toute ma
tendresse et affectueux dévouement.

Meis et Amicis

J. R.

A Monsieur le professeur Léon BERNARD
Professeur de clinique de la tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Commandeur de la Légion d'honneur

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse
Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements
respectueux et reconnaissants

A Monsieur le Docteur E. RIST

Médecin de l'Hôpital Laënnec

qui a mis très obligeamment à notre disposition les
malades de son service. Témoignage de respectueuse
reconnaissance.

A M. le Docteur Jules MILHIT

Médecin de l'Hôpital Hérold

Officier de la Légion d'honneur

En gage de ma sincère gratitude pour la bienveillance
qu'il ma toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur M. LAMY

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Assistant à la Clinique de la Tuberculose de la Faculté

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses
conseils éclairés ; qu'il trouve ici le témoignage de ma
très grande reconnaissance.

A Mademoiselle le Docteur BLANCHY

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Témoignage de ma profonde gratitude

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris
(Stage 1927-1929 — Externat 1929-1932).

M. le Professeur Widal (in mémoriam)

M. le Professeur Delbet

M. le Docteur Babonneix

M. le Professeur Hartmann

M. le Docteur Stévenin

M. le Professeur Agrégé Jean Cathala

M. le Professeur Agrégé Chevassu

M. le Docteur Milhit

M. le Docteur Halphen

INTRODUCTION

Classiquement la pneumonie franche aiguë a une évolution cyclique. C'est essentiellement une maladie à marche rapide et courte, durant sept à neuf jours en moyenne et suivie d'une défervescence brusque et d'une résolution rapide du foyer hépatisé. Les signes fonctionnels et généraux s'atténuent au point de disparaître avec la chute de la température. Seuls les signes physiques peuvent demeurer encore perceptibles, alors que la courbe thermique est redevenue normale, mais ce ne sont plus généralement que des râles souscrépitants, dits de retour, qui indiquent précisément que l'hépatisation pulmonaire est en voie de résolution.

A l'opposé de cette évolution bien classique se place une série de faits, qui pour être moins fréquents sont loin toutefois d'être exceptionnels, dans lesquels la maladie se prolonge au delà des limites normales.

D'une part ce sont des pneumonies qui débutent normalement, mais dont l'évolution clinique affecte une allure spéciale, toute différente de celle de la pneumonie franche aiguë classique, s'en distinguant en particulier par la durée insolite et des signes généraux et physiques qui peuvent se prolonger pendant plusieurs mois.

Dans un autre groupe rentrent des pneumonies dont

l'évolution est normale en apparence, terminée dans des délais normaux, mais dans lesquelles des signes physiques et surtout radiologiques peuvent persister des semaines et des mois après la défervescence.

L'étude de ces pneumonies prolongées est intéressante au point de vue biologique et pathogénique, car il est curieux de voir le pneumocoque présenter une action pathogénique aussi différente dans des cas au premier abord similaires.

Elle présente un gros intérêt au point de vue diagnostique, parce que ces pneumonies prolongées, simulent certaines autres affections, en particulier la tuberculose pulmonaire.

Enfin cette étude nous apprend qu'il n'y a pas lieu d'instituer à ces malades une thérapeutique spécifique et que la seule mise en œuvre d'un traitement hygiéno-diétique suffit à elle seule pour amener la guérison complète.

HISTORIQUE

L'attention des anciens auteurs a déjà été attirée sur les pneumonies prolongées et nous les trouvons signalées pour la première fois dans le « Traité des phlégmasies » de Broussais. Après lui, Chomel, en 1827 parle de la terminaison lente de certaines pneumonies, mais il ne différencie pas la pneumonie franche prolongée.

Rilliet et Barthez, dans leur « Traité des maladies des enfants », attirent l'attention sur certaines pneumonies de très longue durée.

Grisolle, en 1841, signale la résolution lente de certaines pneumonies et la considère comme la première phase du passage à l'état chronique. La même interprétation est donnée par Charcot (Thèse d'agrégation 1860) et par Leyden en 1880.

La première explication pathogénique sur la prolongation de certaines pneumonies est tentée dans la thèse lyonnaise d'Hyvernât qui invoque les lésions du système lymphatique comme facteur de rétention des exsudats au sein des alvéoles, laquelle rétention serait à l'origine de la lente résolution de la pneumonie aiguë.

Bing en 1864, Tardeus en 1888, Ziemsen rapportent des cas de pneumonies où la fièvre à une durée anormalement longue, où la résolution est très lente — et qui ressemblent à s'y méprendre à la tuberculose pulmonaire.

En 1891, Tripier et Bret essayent de préciser la nosologie

de ces faits en distinguant des pneumonies franches, des pneumonies prolongées, des pneumonies passées à l'état chronique et des pneumonies chroniques.

La question des pneumonies franches d'une durée anormale était posée par l'opposition aux pneumonies chroniques.

G. Caussade insiste, au point de vue clinique sur l'erreur de diagnostic que l'on pourrait commettre dans ces cas avec la tuberculose pulmonaire .

D'Espine rapporte les observations de pneumonies prolongées au Congrès de Rome en 1894. En 1900 la pneumonie prolongée est l'objet d'une discussion à la Société de Pédiatrie de Paris.

Comby rapporte également plusieurs observations et distingue les variétés suivantes : Pneumonies serpigneuses, doubles, successives, à rechutes, secondaires.

Raybaud en 1902, Rénon en 1903, Legendre en 1905 étudient à leur tour les pneumonies prolongées. En 1906 Mlle Bourgeois fait sa thèse inaugurale sur ce même sujet, elle conclut de la façon suivante : « Dans les formes prolongées la défervescence peut être retardée par des causes multiples : le processus est prolongé quand la pneumonie prend une marche ambulante, quand il se produit des foyers successifs, ou encore un foyer du côté opposé à celui qui a été primitivement atteint ».

Et elle ajoute encore ceci, qui nous intéresse particulièrement, car c'est le but de notre thèse :

« A la suite de la pneumonie des signes physiques
« peuvent persister pendant des semaines et des mois ;

« dans ces cas on peut hésiter sur la nature des processus et faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire ».

En 1913, MM. Caussade et Logre étudient la pathogénie des pneumonies prolongées et cherchent à établir les causes qui permettent au pneumocoque de conserver si longtemps son activité et sa virulence. Ils montrent que la culture de l'agent infectueux se fait ici dans de la sérosité et non dans un exsudat fibrineux, comme dans les pneumonies normales.

Cette sérosité « privée de substances empêchantes et par suite capable d'entretenir la vitalité du pneumocoque », jouerait un rôle beaucoup plus important que celui de la virulence elle-même du pneumocoque.

En 1920 Baylac dans sa thèse rapporte des conclusions pathogéniques analogues à celles des auteurs précédents.

Les pneumonies prolongées chez les enfants ont été étudiées par MM. Weill, Gardère, Lereboullet. M. Cathala a publié récemment une observation très intéressante de pneumonie prolongée à rechute.

Sur les pneumonies prolongées de l'adulte Mr. Carrat a publié une revue générale très complète dans « Le Médecin d'Alsace et de Lorraine » (1927).

En Italie Laschi a insisté dernièrement sur les erreurs possibles dans l'interprétation des images radiologiques de séquelles de pneumonies.

Signalons enfin les études récentes de Veuillet, Louyot, Krüger et Baylac — qui rapportent des observations de différentes formes cliniques de pneumonies à durée anormale.

DEFINITIONS ET GENERALITES

Avant d'aborder cette étude nous tenons à préciser que nous envisagerons deux séries de faits :

Dans un premier groupe nous étudierons les pneumonies prolongées proprement dites, c'est-à-dire des pneumonies normales au début, mais ne faisant pas leur déferescence à la date habituelle. Dans un deuxième chapitre nous discuterons les séquelles radiologiques et la persistance des signes physiques dans des pneumonies où par contre la crise thermique s'est produite dans un délai normal.

I. — Pneumonies prolongées

Sous le nom de pneumonies prolongées nous entendons uniquement des pneumonies lobaires à pneumocoques à évolution prolongée. Et nous éliminerons, par conséquent, les processus pneumoniques dus à l'action du bacille de Koch, du bacille d'Eberth, du pneumobacille, du méningocoque, du colibacille, du gonocoque, etc...

Tous ces germes peuvent donner naissance à des foyers pneumoniques à évolution irrégulière et longue, dépassant la durée de la pneumonie franche à pneumocoques. Nous éliminerons également les pneumonies secondaires survenant au cours ou à la suite de maladies infectieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la grippe, etc...

Ces pneumonies sont connues, leur évolution prolongée et irrégulière est aisément explicable par le terrain et l'association microbienne — et ne rentrent pas dans la catégorie de faits que nous nous proposons d'étudier. En s'en tenant étroitement aux pneumonies lobaires à pneumocoques, il convient encore d'éliminer du cadre des pneumonies prolongées les pneumonies compliquées. Une pneumonie dont la courbe fébrile se prolonge à cause d'une pleurésie purulente, d'un abcès, d'une otite, d'une arthrite etc... n'est pas une pneumonie prolongée.

« Ce diagnostic ne peut être affirmé que lorsque la pneumonie dure au delà du terme normal, alors qu'il n'existe aucune complication apparente ou latente et que seul le pneumocoque est en jeu ». (Gardère).

Il s'agit maintenant de savoir à partir de quelle date et dans quelles conditions on peut parler de pneumonie prolongée.

Suivant les statistiques de Weill, Feer, Comby la défervescence thermique de la pneumonie infantile varie du sixième au dixième jour, avec un maximum pour le 6^{ème}, 7^{ème} et 8^{ème} jour.

D'après M. Gardère « les pneumonies qui font leur défervescence après le onzième jour sont relativement rares et ne dépassent pas la proportion de 11 % » ; c'est à cette variété que cet auteur applique le terme de **pneumonie prolongée** chez les enfants.

Chez l'adulte la défervescence se produit généralement entre le 8^{ème} et 10^{ème} jour et M. Carrat considère « toutes les pneumonies de l'adulte, dont la défervescence ne s'est

pas produite le 12^{ème} ou le 13^{ème} jour comme des pneumonies prolongées ».

Dans la pneumonie normale les signes d'auscultation persistent en général plus longtemps que la fièvre. Le souffle tubaire ne persiste que 4 à 6 jours et même parfois 10 jours après la chute de la température. La disparition des râles par contre est beaucoup plus lente et ne se produit que quinze jours jusqu'à un mois après le début de la maladie. Ces râles sont fins et secs et surtout inspiratoires aussi longtemps que le souffle persiste ; après ils deviennent moins fins et moins secs, ce sont des râles souscrépitants qui s'entendent aux deux temps de la respiration.

Mais c'est l'examen radiologique qui peut nous renseigner le mieux sur la persistance de la lésion pulmonaire. M. Roubier écrit à ce sujet : « La résolution de la pneumonie est toujours lente et dans quelques cas l'image se prolonge d'une façon tout à fait remarquable longtemps après la disparition des signes d'auscultation. C'est d'ailleurs un fait bien connu et souvent remarqué par les médecins qui ont l'occasion de suivre des pneumonies à l'écran. Si on pratique un examen radiologique au moment où le souffle tubaire vient de disparaître, on note que l'image persiste encore identique à ce qu'elle était les jours précédents, puis elle se modifie lentement. Peu à peu à des examens répétés tous les 3 ou 4 jours, ses contours s'estompent, son degré d'opacité diminue, elle devient de moins en moins homogène, des points relativement clairs se montrent dans la zone opaque, ce qui prouve que la

résolution se fait d'abord par endroits et non en bloc. La partie juxta-axillaire de l'image primitive est en général celle qui persiste le plus longtemps. Elle finit par disparaître et on ne voit plus alors qu'une vague tache floue au milieu du champ pulmonaire, laquelle disparaît à son tour ».

« Au point de vue radiologique les pneumonies prolongées sont fréquentes, on peut dire qu'il n'y a pas de nombre fixe de jours dans l'évolution radiologique d'une pneumonie comme dans l'évolution clinique ».

D'après MM. Roubier et Carrat l'image s'atténue en moyenne à la troisième semaine, mais « *la restitutio ad integrum* » nécessite pour s'accomplir une durée d'environ cinq semaines.

Il était important de rappeler ces quelques notions pour préciser le terme « pneumonie prolongée » qu'après M. Carrat nous définissons de la façon suivante :

Il y a pneumonie prolongée :

a) Lorsque la défervescence ne s'est pas faite au 11^e ou au 12^e jour.

b) Lorsqu'un mois après le début de la maladie on perçoit encore nettement le souffle tubaire et les râles.

c) Lorsque l'image radiologique persiste plus de 2 mois avec les mêmes caractères.

Telle est la définition d'ensemble des pneumonies prolongées. D'après les tableaux cliniques qu'elles réalisent les différents auteurs ont individualisé les formes suivantes :

Pneumonies prolongées à foyer unique.

Pneumonies à foyers multiples.

Pneumonies prolongées à forme typhoïde.

Nos observations se rapportent uniquement à la première catégorie des faits : **Pneumonies lobaires prolongées à foyer unique.**

II. — Séquelles de pneumonies

Dans certains cas, rien dans les signes généraux et fonctionnels ne fait penser à l'existence d'une pneumonie anormale. La crise s'est faite dans les délais normaux, les signes généraux et fonctionnels s'amendent rapidement après la chute de la température — et on croit à la guérison complète.

Cependant, un examen physique et radiologique fait au cours de la convalescence, peut nous révéler dans certains cas la persistance insolite de symptômes thoraciques et d'une image radiologique.

Il s'agit là évidemment d'une persistance des signes physiques qui se prolonge au delà du délai considéré comme normal, c'est-à-dire trois semaines pour les signes stéthacoustiques et cinq semaines pour les signes radiologiques, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

Un tel examen est fait plus souvent dans le but social que médical, — car, nous l'avons constaté, parfois rien de particulier n'attire l'attention.

C'est ainsi que dans nos observations un examen complet a été fait au cours de la convalescence parce qu'il

s'agissait d'agents du Réseau de l'Etat et que la Compagnie demandait un examen complet en vue de la reprise du travail.

Chez un de nos malades c'est par contre un amaigrissement inexpliqué après sa pneumonie, accompagné d'asthénie et même d'un léger mouvement fébrile, qui a exigé la mise en observation et un examen approfondi.

Cet examen a été révélateur de l'existence d'une submatité avec diminution du murmure vésiculaire dans les fosses sus-et sous épineuses droites, et d'une image radiologique suspecte : opacité non homogène, constituée par la juxtaposition de taches d'inégales grandeurs qui occupaient les deux tiers supérieurs du poumon droit, s'arrêtant à la scissure.

La persistance, longtemps après la guérison de la phase aiguë, d'images pathologiques pulmonaires durables, véritables séquelles radiologiques de pneumonies, ne paraît guère avoir retenu, du moins chez l'adulte, l'attention des auteurs. Chez l'enfant de semblables anomalies radiologiques ont été étudiées par Ribadeau-Dumas et Levesque, qui ont montré qu'elles peuvent être rapportées à tort à la primo-infection tuberculeuse.

La même erreur de diagnostic est aussi inévitable chez l'adulte et la constatation d'une telle symptomatologie est à juste titre évocatrice d'une lésion bacillaire. Ces images dépourvues de spécificité sont souvent découvertes au hasard d'un examen radiologique longtemps après la pneumonie et leur aspect impose presque le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Nous voyons, par conséquent, que certaines pneumonies laissent des séquelles auscultatoires et radiologiques et nous croyons pouvoir les rapprocher des pneumonies prolongées proprement dites parce qu'elles posent toutes deux les mêmes problèmes diagnostiques et thérapeutiques.

Etude clinique

Les pneumonies prolongées débutent et évoluent pendant leur première partie comme des pneumonies franches classiques et aucun signe spécial ne les caractérise au commencement.

L'attention n'est éveillée qu'au bout de quelque temps devant l'absence de crise, la persistance de la fièvre, des signes physiques et de l'ombre radiologique.

Il n'y a pas de chute thermique brusque, mais la température s'abaisse peu à peu pour arriver, au bout de quelques jours, à se stabiliser aux environs de 38°. Avant de descendre à 37°,5-38° elle se fixe temporairement à 39°, pour décroître après petit à petit. Cet état fébrile persiste pendant plusieurs semaines sans trop atteindre l'état général.

On note cependant un certain degré d'amaigrissement qui peut être très marqué chez certains malades.

Quelques signes fonctionnels, comme la toux, par exemple, peuvent persister ; l'expectoration par contre diminue considérablement et peut même manquer dès le début chez certains malades.

Quant aux signes physiques, l'auscultation révèle parfois un gros souffle tubaire, accompagné de râles bulleux ; parfois simple diminution du murmure vésiculaire, sans bruits surajoutés.

Les signes les plus constants sont fournis par l'examen

radiologique : il décèle l'existence d'une image plus ou moins triangulaire de topographie variable selon la localisation du foyer.

L'analyse bactériologique des crachats a ici une importance capitale. Car l'absence des bacilles de Koch est le meilleur argument pour infirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire, qu'on est presque toujours tenté de poser dans ces cas.

Chez l'enfant on ne manquera pas de faire une cuti-réaction, qui se montrera toujours négative.

L'évolution est très variable comme durée, elle peut s'étendre sur quelques semaines à quelques mois.

La température revient progressivement à la normale le sujet reprend des forces et du poids. Localement les signes physiques disparaissent et sous l'écran on voit l'ombre radiologique s'estomper de plus en plus, pour disparaître finalement sans laisser de trace.

Le pronostic est toujours favorable et il n'y a pas lieu d'instituer une thérapeutique spécifique.

OBSERVATIONS

Observation I.

(de M. le professeur Léon Bernard et M. le Docteur Lamy.)

Mme R... âgée de 48 ans, sans profession et jusque là bien portante, est prise brusquement, le 20 janvier 1932, d'un point de côté violent, localisé dans la région axillaire gauche. En même temps, elle éprouve un malaise soudain, est secouée par un grand frisson et sa température en quelques heures s'élève jusqu'au voisinage de 40°. Dans les jours suivants, le point de côté s'atténue, mais une toux sèche, pénible s'installe qui n'amène pas d'expectoration, une éruption d'herpès apparaît sur les lèvres et au pourtour des narines ; la fièvre persiste élevée, dessinant un plateau régulier à 40°. On perçoit, à ce moment, dans l'aisselle gauche, des râles crépitants, bientôt remplacés par un souffle tubaire typique. Un tel syndrome impose le diagnostic de pneumonie lobaire franche aiguë.

Les symptômes demeurent inchangés pendant quatre jours, puis la température s'abaisse un peu, se fixant temporairement aux environs de 39°. Au bout d'une huitaine de jours, une nouvelle descente s'amorce, la fièvre s'établissant désormais autour de 38°, avec, de temps en temps, une poussée vespérale à 39°. L'état général est assez satisfaisant, la toux persiste, sans expectoration, l'auscultation révèle la persistance d'un gros souffle tubaire, auxquels se sont surajoutées des râles bulleux.

A partir de ce moment, les 12 jours environ après le début de la maladie, les signes physiques vont demeurer à peu près les mêmes. Quand à la fièvre, elle revêt désormais une allure tout à fait irrégulière, dessinant sur la feuille de température de vastes oscillations entre 37,6 et 39,7 sans qu'on trouve, dans un examen complet de la malade, de quoi l'expliquer.

Vers le 15 février, 25 jours environ après le début la fièvre s'est abaissée progressivement, dessinant désormais une courbe irrégulière entre 37 et 38. L'état général est meilleur, mais les signes physiques constatés dans la région axillaire gauche se sont peu modifiés.

C'est dans ces conditions que le médecin de cette femme, repoussant désormais le diagnostic jusqu'alors accepté par lui de pneumonie, s'oriente du côté d'une région axillaire gauche se sont peu modifiés. examen radiologique, suggérant en même temps l'institution d'un pneumothorax artificiel.

Nous examinons cette femme le 25 février 1932, un mois après le début de la maladie. Elle est légèrement amaigrie continue à tousser et sa température oscille encore entre 37,5 et 37,9. Il existe une matité franche, des zones sous-claviculaires et axillaires gauches avec exagération des vibrations vocales, retentissement de la toux ; dans les mêmes régions, on entend un souffle tubaire extrêmement fort, aussi typique que celui que l'on constate d'ordinaire dans une pneumonie en pleine période d'état. Après la toux, on perçoit quelques gros râles bulleux à la fin de l'inspiration.

L'examen radioscopique et radiographique du thorax permet de décèler, à la partie moyenne de l'hémithorax gauche, dans la région inter-cléido-hilaire une ombre assez régulièrement triangulaire dont la base est dirigée vers la clavicule et l'aisselle et dont la pointe s'établit dans la région du hile gauche.

Un tel ensemble de symptômes évoquait légitimement la possibilité d'une lésion tuberculeuse. Nous avons néanmoins refusé ici ce diagnostic à cause du début extrêmement brutal, à cause de la présence des signes physiques très importants, tout à fait inhabituels dans la tuberculose et aussi à cause de l'aspect radiologique de la lésion, de sa forme triangulaire, assez suggestif à nos yeux d'une infiltration pneumonique en voie de résolution, de la périphérie vers le centre.

Nous refusant à toute intervention, nous avons seulement poursuivi l'observation de cette malade. L'avenir devait confirmer notre diagnostic. En effet, la température peu à peu s'est abaissée. Le 7 mars, 45 jours environ après le début de la maladie, l'apyrexie était complète, en même temps les signes physiques peu à peu disparaissaient. Une nouvelle radiographie du thorax, pratiquée le 15 mars 1932 montrait une image rigoureusement normale.

Observation II.

(de M. le professeur Léon Bernard et M. le Docteur Lamy.)

L'enfant B... Roger, âgé de 11 ans, est pris brusquement, le 10 avril 1932, d'une douleur violente de l'hémithorax

gauche à sa partie inférieure. Il vomit et sa température s'élève en flèche jusqu'à 40°. Dans les jours suivants il présente les signes caractéristiques d'une pneumonie de la base gauche, température en plateau au-dessus de 39°, dyspnée, toux. On constate à la base gauche les signes caractéristiques d'un foyer pneumonique râles crépitants et souffle tubaire.

La défervescence, néanmoins, ne s'opère pas à la date prévue. Au bout de 10 jours, la fièvre se fixe aux alentours de 38° et persiste désormais aux environs de ce chiffre jusqu'au 10 mai, date à laquelle l'apyrexie devient complète. Néanmoins même à cette date, le foyer de la base persiste, extériorisé par une matité nette, un gros souffle tubaire et des râles bulleux.

C'est dans ces conditions que l'enfant nous est adressé à l'hôpital Laënnec, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire gauche.

Lorsque nous examinons l'enfant à cette date, son aspect est relativement satisfaisant, il est peu amaigri. On est frappé d'emblée par l'existence d'un énorme souffle qui possède les caractères d'un souffle tubaire tout à fait typique. Une radiographie, pratiquée à cette date montre la présence d'une opacité triangulaire siégeant dans le tiers inférieur de l'hémithorax gauche, dont la pointe se confond avec la partie inférieure de l'ombre du hile et dont la base est orientée en bas et en dehors dans la direction du sinus costo-diaphragmatique.

Ici encore, la notion d'un début extrêmement brutal la constatation d'un énorme souffle de caractère tubu-

laire et aussi la forme de l'ombre visible sur les films, nous font repousser le diagnostic de tuberculose et accepter celui de pneumonie à forme prolongée. Nous trouvons du reste une première confirmation de ce diagnostic dans la constatation d'une cuti-réaction négative à la tuberculine.

Au cours des semaines suivantes, nous observons une disparition progressive des signes de percussion et d'auscultation et, parallèlement, une réduction de l'image radiologique.

Le 27 mai 1932, l'examen clinique de l'enfant ne décèle plus aucune anomalie et sur le film on constate seulement une opacité très discrète et très limitée immédiatement en dehors du bord du ventricule gauche. Depuis, la santé de l'enfant est demeurée parfaite.

Observations III

(M. le Professeur Léon Bernard, Julien Marie et Thoyer).

Par... Maurice 49 ans, dessinateur.

I. Pneumonie en février 1932.

Le diagnostic de pneumonie, posé par le médecin traitant est confirmé par les commémoratifs du malade.

Début brusque le 20 février, fièvre élevée, restant au voisinage de 40° pendant une dizaine de jours, crachats rouillés typiques, l'auscultation montre un foyer du sommet gauche en arrière, la défervescence se fait en trois temps, en trois jours.

2. La convalescence de la pneumonie est traînante.

Après la défervescence de cette pneumonie, qui s'est accompagnée d'ailleurs d'une atteinte très marquée de l'état général, le sujet reste longtemps abattu et fatigué. Il a perdu 10 kilos et ne reprend que 800 gr. en un mois. Il tousse, mais ne crache plus. En raison de cet amaigrissement, et comme avant la pneumonie, le malade avait déjà commencé à tousser depuis 4 à 5 mois, son médecin l'envoie au dispensaire afin que l'on fasse une radioscopie et une analyse des crachats.

A l'examen le 21 mars on se trouve devant un sujet amaigri, pâle et fatigué.

L'auscultation montre dans la région sous-épineuse et sous la clavicule gauche une diminution du murmure vésiculaire sans bruits surajoutés. La radioscopie et le cliché radiographique montrent une image triangulaire à base axillaire à sommet hilaire, d'opacité non homogène. Une homogénéisation des crachats ne montre pas des bacilles de Koch.

Le malade revient au dispensaire à plusieurs reprises : en avril, en juin, en octobre 1932 et en mars 1933. On assiste à une disparition progressive de tous ces troubles. L'état général s'améliore peu à peu, la fatigue diminue et le poids augmente.

A l'examen radiologique on note une régression de l'image pathologique : en juin on ne trouve plus que des fines marbrures au tiers moyen gauche ; en mars 1933 on ne remarque plus qu'une simple diminution de transparence dans la même région.

Observation IV.

(M. Rist et Mlle Blanchy.)

Mme Man... Florence âgée de 42 ans, sans profession est prise, le 6 janvier 1932, d'un grand frisson suivi d'une brusque élévation thermique à 39° et ressent une douleur dans le côté droit du thorax.

Le médecin a posé le diagnostic de **pneumonie franche**.

Inquiétée par cet épisode pulmonaire aiguë, la malade vient au dispensaire Léon Bourgeois le 15 mars 1932 ; bien qu'elle ne se **plaigne de rien** : elle ne tousse pas, crache à peine le matin, elle n'a pas maigri. L'examen clinique pratiqué à cette date, ne permet de déceler aucune anomalie, mais, un cliché thoracique révèle l'existence d'une **opacité de la base droite constituée par des taches et des marbrures**.

Le diagnostic de tuberculose lobaire droite inférieure est alors posé en dépit de deux examens de crachats négatifs dont l'un pratiqué après homogénéisation ; un traitement par les sels d'or est institué et la malade reçoit 6 gr. 20 de crisalbine, dont les injections sont cessées le 18 octobre 1932.

Régulièrement suivie au dispensaire Madame Man... a été radiographiée le 12 juillet, le 18 octobre 1932 et le 22 février 1933. Ces clichés permettent de suivre la **diminution lente, mais progressive de l'ombre radiologique de la base droite**, et le dernier montre que cette ombre est en voie de disparition.

De nombreux examens de crachats ont été répétés de

mars 1932 à mars 1933 : ils n'ont jamais permis de mettre en évidence le bacille tuberculeux (15 juillet, 12 septembre, 14 octobre 1932 et 28 février 1933.)

Observation V.

(M. Rist et Mlle Blanchy)

Le Mœ... René âgé de 32 ans, employé du réseau de l'Etat, est adressé au dispensaire Léon Bourgeois par son médecin traitant le 29 juillet 1932 après **une pneumonie droite typique** mais particulièrement sévère ; En pleine santé, le 21 juin 1932, cet agent a été pris brusquement de céphalée et de courbatures, sans frisson ; le même jour un point de côté sous-mammaire droit violent accompagné de dyspnée, apparaissent tandis que la température s'élevait à 39,5 et qu'une éruption d'herpès labial était notée. Le diagnostic de pneumonie franche lobaire aiguë est posé sur l'ensemble du tableau clinique et sur les signes d'auscultation.

Le neuvième jour la défervescence se produit, suivie d'une crise urinaire, mais le malade bien qu'apyrétique demeure très fatigué, et remarque qu'il a maigri de 7 kilos du 21 juin au 15 juillet. A cause de cette convalescence atypique, le médecin envisage rétrospectivement la possibilité d'une tuberculose pulmonaire à début aiguë et demande un examen radioscopique.

Quand le malade est vu pour la première fois au dispensaire Léon Bourgeois, le 29 juillet 1932, il n'accuse aucun symptôme fonctionnel, mais se plaint d'une asthénie persistante et s'inquiète d'avoir maigri.

L'examen clinique ne révèle qu'une submatité avec diminution du murmure vésiculaire, dans les fosses sus et sous épineuses droites ; en avant la respiration s'entend normalement. Une nouvelle et récente éruption d'herpès est encore visible sur la lèvre supérieure. Un enrrouement net est alors noté par lequel un examen laryngoscopique est pratiqué dans les jours suivants. Mais ce qui frappe surtout, à cette date, c'est-à-dire un mois après la défervescence, c'est l'existence à l'examen radioscopique, d'une opacité non homogène, constituée par la juxtaposition des taches d'inégales grandeurs, qui occupe les deux tiers supérieurs du poumon droit et s'arrête à la scissure. Sur un cliché radiographique l'aspect est celui d'une tuberculose micro-nodulaire à topographie lobaire supérieure droite.

Une mise en observation est décidée et le malade est admis dans le service, le 16 août 1932.

A cette époque tout concourt à faire poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire : l'existence d'une température subfébrile qui oscille entre 37,2 et 37,9, la discrétion des signes d'auscultation et l'interprétation erronée de la laryngite catarrhale par un laryngologiste novice, qui assurait en cette période de vacances, le remplacement du titulaire, et qui conclut à la nature tuberculeuse de cette complication. Un pneumothorax thérapeutique était envisagé et tout près d'être tenté, n'eût été le fait paradoxal que les expectorations s'étaient révélées abacillifères, même après homogénéisation, le 30 juillet, le 9 août, le 24, 26 et 31 août, tandis qu'un nouveau cliché radiogra-

phique pris le 2 septembre 1932 ne montre aucune modification. On conclut alors à une séquelle radiologique de pneumonie, le malade quitte le service complètement apyrétique, le 4 septembre, n'ayant accusé aucun signe fonctionnel nouveau : l'absence d'expectoration et de fièvre, la reprise du poids, l'aspect radiologique permettent d'éliminer l'hypothèse d'une complication suppurative locale. Cet agent a pû reprendre ses occupations le 20 septembre et travaille régulièrement depuis cette date.

De nouvelles radiographies ont été prises le 15 octobre, le 20 décembre 1932 et le 28 mars 1933 :

Un effacement progressif est incontestable mais n'a pas encore abouti après 9 mois à la restitution d'une image thoracique normale comme en témoigne le dernier film.

Trois examens de crachats après homogénéisation ont été négatifs aux mêmes dates.

Rien ne permet actuellement de penser à une complication tardive telle une bronhectasie.

PATHOGENIE

I. — Séquelles radiologiques de pneumonies simulant la tuberculose.

Dans certaines pneumonies faisant leur défervescence dans le délai normal, persistent pendant des semaines et des mois des ombres radiologiques.

Dans la pneumonie normale franche classique l'image thoracique est redevenue normale au bout de trois à quatre semaines, le foyer a disparu sans laisser la moindre trace. Pourquoi dans certaines pneumonies au contraire, pneumonies dont l'évolution clinique ne se distingue en rien de celle de la pneumonie commune, l'image radiologique met-elle si longtemps à se dissiper ?

Il nous est impossible de répondre à cette question car on ignore la cause de cette persistance insolite des signes radiologiques.

II. — Pneumonies prolongées proprement dites.

Ce sont des pneumonies qui se caractérisent avant tout par l'absence de crise.

Avant d'aborder l'étude pathogénique des pneumonies prolongées, nous voulons rappeler en quelques mots ce qu'est « la crise » qui marque la fin des pneumonies communes.

La pneumonie franche aiguë classique évolue habituel-

lement en 7 à 9 jours. Sa terminaison est brutale, se fait en quelques heures et l'ensemble des phénomènes qui l'accompagnent constituent ce que l'on a appelé « **la crise pneumonique** ».

Celle-ci est habituellement précédée par une exacerbation de la température, avec délire, agitation, cyanose, dyspnée tachyarythmie ; tous ces signes constituent la **précrise**. la crise proprement dite comprend : a) **la crise sanguine** (diminution des globules rouges, augmentation de la leucocytose) qui dure 24 heures. b) **la crise thermique** (chute de la température en clocher ou en lysis). c) **la crise urinaire** (débâcle hydrique avec décharge chlorurique et toxique).

Telle est la crise de la pneumonie, après laquelle le malade rentre immédiatement dans la période de convalescence qui est très courte, car il y a un passage brusque de l'état de maladie à **guérison complète**.

De très nombreux auteurs ont essayé d'interpréter la signification et le mécanisme de cette crise.

L'évolution cyclique de la pneumonie a été attribuée par Fraenkel à l'influence de l'hypersthénie.

Mosny et Wurtz, Netter ont vu dans la réaction acide du foyer hépatisé la cause de l'évolution cyclique de la pneumonie franche. Tchitchovitch l'explique par la phagocytose et Gilbert et Fournier invoquent la fibrine comme facteur principal.

Les auteurs modernes sont d'accord à voir dans la **crise le témoignage de l'immunisation de l'organisme**.

On a voulu attribuer à la formation d'anticorps, qui

seraient pour les uns des **antitoxines**, pour les autres des **substances bactéricides**. (Römer)

Mais les résultats des études biologiques pratiquées par différents auteurs sont discordants : certains n'ont pas retrouvé d'anticorps dans le sérum au moment de la crise.

On a été ainsi amené à émettre d'autres hypothèses. Cotoni, Truche et Mlle Raphaël pensent que la crise est le résultat du conflit des anticorps et de l'antigène en circulation dans l'organisme et qu'elle doit être considérée comme un phénomène d'hypersensibilité. A l'appui de cette hypothèse on a pu noter certains signes de la série anaphylactique.

Enfin Johling, Petersen et Eggstein considèrent la crise comme le résultat d'une rupture d'équilibre entre l'anti-ferment et le ferment du sérum en faveur de ce dernier : il en résulterait une autolyse de protéides du sérum, et la **crise pneumonique** s'apparenterait aux manifestations de choc colloïdoclassique.

La signification physio-pathologique de la **crise** est évidente : elle correspond à l'immunisation de l'organisme. Mais nous ne connaissons encore ni le mécanisme intime de la crise, ni la cause de l'évolution cyclique de la pneumonie — aussi est-il encore impossible de donner une explication exacte de l'évolution prolongée.

Les différents auteurs ont invoqué des causes aussi nombreuses que disparates.

Caussade et Logre attribuent cette prolongation à une réaction anatomique particulière non fibrineuse comme

dans les cas habituels, mais séreuse, œdemateuse, expliquant à leurs yeux la longue persistance dans le foyer de pneumocoques virulents.

« Dans la pneumonie franche il existe au niveau de la région hépatisée une réaction locale constituée par une transsudation du plasma et une diapédèse leucocytaire avec précipitation de la fibrine sous forme de bloc ou de fibrilles englobant les éléments figurés. »

Pour ces auteurs « la fibrine joue un rôle de défense de même que dans les phlébites oblitérantes, les microorganismes sont en quelque sorte emprisonnés dans le caillot de battage ».

Vitalité et virulence du pneumocoque n'ont ici qu'une durée courte. Elles sont par contre beaucoup plus durables dans les pneumonies prolongées où le microbe de Talamon-Fraenkel trouve des milieux de culture différents de ceux que lui fournit la pneumonie commune.

Pour M. Gardère la prolongation de la durée de la pneumonie et l'absence de défervescence seraient dues à une virulence moindre du pneumocoque causal.

Pour Jacquard cette anomalie tiendrait plutôt à l'augmentation de la virulence du pneumocoque et à la prolongation de sa vitalité à cause du terrain et de l'association microbienne.

« Le poumon ayant été au préalable sujet à des infections diverses, le pneumocoque n'a pas trouvé le terrain vierge qui lui est habituel de rencontrer chez l'enfant, et la phase de résolution a pu être anormalement prolongée, grâce peut-être à quelques microbes qui restés

dans l'arbre bronchique lobulaire ont pénétré dans les alvéoles à la faveur de l'hépatisation et continué pendant quelque temps l'état fébrile, primitivement causé par le pneumocoque. » (Jacquard).

Nous n'étions pas en état de vérifier toutes ces hypothèses chez nos malades. Ils n'accusent rien dans leurs antécédents qui puisse faire penser à un terrain déficient; et rien non plus ne peut nous faire admettre l'éventualité d'une infection secondaire.

La multiplicité de ces hypothèses, contradictoires mêmes, nous montre que la pathogénie de la pneumonie prolongée reste encore obscure.

Tout ce que nous savons, c'est que les pneumonies prolongées se caractérisent par l'absence de la crise thermique, mais nous ne saurions dire pourquoi celle-ci fait défaut.

DIAGNOSTIC

Les difficultés que nous avons rencontrées pour établir exactement le diagnostic chez nos malades nous montrent l'importance capitale du diagnostic différentiel.

Sans doute le diagnostic positif de ces pneumonies est facile au début, puisqu'elles présentent en général tous les signes classiques, mais ce diagnostic devient beaucoup moins aisé par la suite.

A cause de la longue durée de la maladie, de l'amaigrissement et dans certains cas, à cause de la persistance de la fièvre deux problèmes de diagnostic se posent :

a) Se trouve-t-on en présence d'une pneumonie compliquée, complication pleuro-pulmonaire ou autre ?

b) Ou s'agit-il de corriger le diagnostic primitif de pneumonie à laquelle on aurait pu confondre le début d'une tuberculose pulmonaire.

On doit donc envisager successivement le diagnostic différentiel des pneumonies prolongées et des pneumonies pulmonaires compliquées et le diagnostic différentiel de pneumonies prolongées et de tuberculose pulmonaire.

I. — Diagnostic différentiel des pneumonies prolongées et pneumococcies pulmonaires compliquées.

Nous devons tout d'abord nous demander si la persistance, soit des signes généraux, soit des signes fonction-

nels et physiques est bien due à la prolongation de l'infection pulmonaire pneumococcique. Il faut d'abord éliminer la **septicémie à pneumocoque** sans localisation, puis les **complications à distance**, ce qui est facile dans la majorité des cas.

Les complications sont nombreuses :

Elles atteignent soit l'**appareil cardio-vasculaire** (péricardite, endocardites végétantes), soit le **système nerveux** (méningites, etc...) ; il peut encore s'agir d'**otites** (surtout chez les enfants), d'**ostéo-arthrites** etc...

Il est en général facile de faire le diagnostic de ces complications, car différents signes attirent le plus souvent l'attention sur la localisation nouvelle de l'infection.

Il est moins facile par contre de reconnaître une **complication pleurale** qui peut intéresser soit la grande cavité, soit se localiser sur la plèvre interlobaire, diaphragmatique ou médiastinale.

« A la suite d'une pneumonie et en présence d'une fièvre prolongée avec persistance des signes fonctionnels et physiques, on peut et on doit penser à une complication pleurale. » (Carrat).

Chez nos malades ce diagnostic a été éliminé dès le premier examen radioscopique, aucun d'eux d'ailleurs n'a présenté des signes cliniques qui eussent pû nous faire soupçonner cette complication.

Mentionnons encore le diagnostic différentiel des broncho-pneumonies pseudo-lobaires et grippales ; leur début se fait souvent au cours d'une affection antérieure, elles se caractérisent par une dyspnée très violente, une tem-

pérature élevée, des signes physiques variables et peu en rapport avec les symptômes fonctionnels.

Il n'est guère possible de confondre une pneumonie prolongée avec un abcès du poumon, qui peut évoluer après une pneumonie. Vomique, fièvre hectique à grandes oscillations, haleine fétide, signes cavitaires à l'auscultation et l'aspect radiologique souvent typique, aideront à faire le diagnostic exact.

II. — Diagnostic différentiel des pneumonies prolongées et des séquelles radiologiques et de la tuberculose pulmonaire

C'est le diagnostic le plus important qui se pose à propos des pneumonies prolongées et c'est lui qui constitue le but essentiel de notre thèse.

Il est aussi grave à notre avis de dire qu'il y a tuberculose là où elle n'existe pas, que de ne pas faire le diagnostic d'une bacillose existante.

Les cinq malades qui font l'objet de cette étude ont tous été étiquetés tuberculeux, et ce n'est qu'une analyse complète de leur anamnèse qui nous a permis d'établir l'étiologie exacte des signes pulmonaires qu'ils présentaient.

Chez nos cinq malades le diagnostic de tuberculose pulmonaire avait été porté de façon ferme, l'un d'entre eux avait été adressé au dispensaire en vue de l'établissement d'un pneumothorax artificiel (observ. N° 1.) et chez un autre un traitement par les sels d'or a même été institué et il a reçu 6 gr. 20 de crisalbine (observ. N° II).

Tout concourait d'ailleurs à nous faire soupçonner l'existence de bacillose, la longue durée de fièvre (un mois et demi dans l'observ. I ; 5 semaines dans l'observ. II) ; la persistance des signes physiques, les images radiologiques et leur aspect équivoque, l'amaigrissement qui a existé chez tous les cinq malades, était très marqué chez PAN... (observation III, 10 kgs.), et chez MOE... (observ. V, 7 kgs. 500), et enfin la laryngite suspecte chez ce dernier.

Ce n'est que par une analyse minutieuse de ces symptômes, qui nous avaient d'abord fait hésiter, que nous avons finalement rejeté le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

L'allure pneumonique de la maladie et la brutalité du début ne suffisaient pas à elles seules à faire éliminer la tuberculose. Car nous connaissons depuis la description de Mr. Rist les formes de tuberculose pulmonaire chronique à début brusque, simulant au premier abord une pneumopathie aigüe. Néanmoins l'histoire de la maladie orientait dans un autre sens : l'extrême brutalité du point de côté initial, l'existence chez la première et la cinquième malade d'une éruption herpétique plaidaient contre la tuberculose. Les très nombreuses analyses des crachats, avec ou sans homogénéisation, n'ayant pas montré de bacilles de Koch ; la cuti-réaction négative chez l'enfant de l'observation II ont peu à peu dissipé nos doutes antérieurs.

Enfin l'aspect triangulaire de l'ombre pulmonaire nous a paru d'emblée assez significatif. Il est vrai que des aspects assez comparables sont réalisés quelquefois par le

bacille de Koch, ces foyers parahilaires, si fréquemment constatés chez l'enfant et chez l'adulte, ces infiltrations intercléidohilaires que M. le Prof. Léon Bernard a le premier individualisées.

Nous tenons encore à rappeler que le bacille de Koch peut donner naissance à toutes les variétés de processus pneumoniques.

En dehors de la pneumonie caséuse classique, il existe une forme de pneumonie tuberculeuse, de connaissance plus récente, qu'on désigne sous le nom de « **pneumonie tuberculeuse curable** » et qui peut soulever des grandes difficultés de diagnostic avec la **pneumonie prolongée à pneumocoques**.

Les pneumonies tuberculeuses curables ont été étudiées par Tripier, Orsat, Brançon et Braun, Lereboullet, Léon Bernard, Savy, Pelissier.

Au début les signes — surtout physiques — y sont comparables à ceux de la pneumonie franche, mais l'absence de défervescence, l'allure générale de l'évolution attirent ensuite l'attention.

En présence de toute pneumonie à évolution prolongée on est par conséquent en droit de se demander si on ne se trouve pas en présence d'une **pneumonie tuberculeuse curable**.

Pour trancher ce diagnostic, il nous faudrait faire une analyse minutieuse des résultats de l'examen clinique et radiologique ; de l'examen biologique des crachats et de la cuti-réaction chez l'enfant.

Tous nos malades ont été en bonne santé jusqu'au jour

de leur pneumonie, qui les a surpris en bonne santé, et l'un d'entre eux en plein travail.

L'étude des signes généraux physiques et fonctionnels ne permet pas toujours de faire au début le diagnostic précis de la nature pneumococcique ou bacillaire de l'affection. Cependant l'évolution clinique d'une pneumonie tuberculeuse diffère sur certains points de celle d'une pneumonie franche, même prolongée, et l'examen attentif des différents signes peut parfois nous donner des renseignements précieux relatifs à la nature du germe en cause.

Frissons, fièvre élevée, point de côté existent également dans les pneumonies tuberculeuses, mais s'installent moins brusquement, sont moins intenses, moins tenaces que dans les pneumonies à pneumocoques.

Les crachats ne sont jamais franchement rouillés, mais plutôt muco-purulents. Dans les antécédents du malade on trouve toujours une phase prodromique d'imprégnation tuberculeuse plus ou moins nette. L'herpès y manque presque toujours. Il y a amaigrissement dans les pneumonies prolongées, mais beaucoup moins marqué que dans les pneumonies tuberculeuses.

Les oscillations thermiques sont aussi beaucoup plus prononcées dans cette dernière.

Mais ces signes cliniques, tout en permettant parfois d'avoir une présomption sur le diagnostic ne suffisent pas à eux seuls.

Pour se fixer, on a recours à deux autres examens,

ce sont : l'examen radiologique des poumons et l'analyse bactériologique des crachats.

Examen radiologique

La radio, tout en étant un moyen d'exploration d'une importance primordiale, ne nous permet pas non plus — comme nous le verrons plus loin — à elle seule de faire le diagnostic différentiel entre une lésion tuberculeuse et un foyer d'hépatisation de pneumonie en voie de résolution lente.

Depuis les travaux de Weill, Mouriquand, Barjon, Roubier, Paiseau et Solomon et autres, nous savons que le foyer pneumonique affecte le plus souvent sous l'écran une forme triangulaire, à sommet hilair et à base axillaire. L'image triangulaire est très nette dans les pneumonies du lobe supérieur, localisation la plus fréquente chez l'enfant, et considérée presque comme pathognomonique.

Pour Barjon, Paiseau et Solomon, la forme de l'ombre radiologique est subordonnée au siège du foyer :

Elle est presque toujours triangulaire dans la pneumonie du **lobe supérieur** (il y a parfois déformation de l'ombre par extension du processus au sommet : pneumonie en casque de Weill).

Dans les pneumonies du **lobe inférieur**, l'ombre n'atteint en général pas le diaphragme, le sinus costo-diaphragmatique est libre. Les images sont soit quadrangulaires, soit affectent une forme vaguement hémisphérique, limitées

en haut par la scissure, en bas les limites étant irrégulières.

Parfois tout le lobe inférieur est envahi, il y a alors immobilisation du diaphragme et participation pleurale.

Rarement enfin l'image est plus ou moins triangulaire.

Dans les pneumonies du lobe moyen, l'image peut être triangulaire ou en bande transversale.

Ces images sont-elles caractéristiques à un tel point pour nous permettre de faire le diagnostic de pneumonie sans hésitation ?

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. M. Blanc-Perducet, dans sa thèse, dit que « l'ombre radioscopique de la pneumonie franche a des caractères et une évolution qui lui sont propres. Un triangle chez un tuberculeux répond à une pneumonie franche à pneumocoques, faisant ou non le lit à la tuberculose ».

M. Roubier, par contre n'est pas de cet avis et écrit « que la constatation d'un triangle signifie **processus pneumonique** et que chez l'adulte on l'observe non seulement dans la pneumonie franche mais aussi dans la pneumonie tuberculeuse. « On sait depuis les travaux de Tripier que la tuberculose pulmonaire débute et procède par poussées pneumoniques successives. Il n'est par suite pas surprenant que les diverses images radiocopiques données par la pneumonie franche puissent également être fournies par des foyers pneumoniques tuberculeux. »

Pour distinguer une image de pneumonie d'une image de tuberculose, il n'y a que l'évolution : tandis que la lésion tuberculeuse s'aggrave, des cavernes se forment et des taches sombres apparaissent dans les parties avoi-

sinantes, l'ombre pneumonique évolue vers la résolution, s'éclaircie, les contours s'estompent et tout finit par s'arranger.

Un autre fait qui pourrait induire en erreur est signalé par M. Carrat. Au moment de la résolution du foyer pneumonique, on peut observer un aspect pommelé, dû à ce que le foyer ne se resout pas tout d'un bloc, mais par régions successives et ces images nous font admettre l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Nous avons vu en effet que ce sont ces taches qui ont fait faire le diagnostic de tuberculose chez un de nos malades.

Quant aux séquelles radiologiques de pneumonies ayant fait leur défervescence, le diagnostic étiologique en est parfois encore beaucoup plus difficile. C'est que ces images n'ont rien de spécifiques et peuvent simuler en tous points l'aspect d'une tuberculose macro-nodulaire. Il ne faut point se hâter de porter un diagnostic de tuberculose, mais d'abord faire des nombreuses analyses des crachats du malade, pratiquer des cuti-réactions chez l'enfant, qui se montreront négatives dans ce cas. Un interrogatoire précis permettra enfin de trouver l'origine de ces anomalies radiologiques, sous forme d'une pneumonie franche algüe lobaire, survenue quelques mois ou peut-être même quelques années auparavant.

Examen bactériologique des crachats

Il est de règle quand on a la moindre suspicion de se trouver en présence d'une tuberculose pulmonaire, de faire un examen bactériologique des crachats. On recherche des bacilles de Koch par l'examen direct d'abord, et en cas de résultat négatif, par homogénéisation.

Les analyses doivent être répétées de nombreuses fois. C'est ce que nous avons fait chez nos malades (5-8 examens de crachats avec résultat négatif). C'est alors seulement, et tenant compte des autres signes, que nous avons éliminé le diagnostic de tuberculose.

Avant de porter le diagnostic grave de tuberculose pulmonaire, il faut en avoir la certitude absolue. En faisant ce diagnostic le médecin n'engage pas seulement sa responsabilité, mais aussi et surtout l'avenir du malade.

Pas de pneumothorax, pas de sels d'or, avant d'avoir fait plusieurs analyses des crachats. Différer toute décision thérapeutique aussi longtemps que les résultats resteront négatifs pour éliminer enfin le diagnostic de tuberculose.

La Cutiréactoin

La cutiréaction qui chez l'enfant a une valeur diagnostique que l'on sait, nous a été utile dans l'observation II.

A ce propos nous insistons sur l'intérêt capital de la réaction tuberculinique, dont l'utilisation dans la pratique est à l'heure actuelle encore trop négligée.

Cette épreuve donne des renseignements précis non seulement chez les jeunes enfants, mais encore — notion trop peu répandue — chez les adolescents.

A tel point qu'une cutiréaction négative chez ces sujets permet d'emblée et à coup sûr d'écarter le diagnostic redoutable de tuberculose.

En cas de doute on complètera le dépistage de la tuberculose par une intradermoréaction à la tuberculine.

*

* *

En résumé, le diagnostic différentiel entre la pneumonie prolongée et la tuberculose pulmonaire, d'une importance pronostique capitale, se basera sur l'ensemble des constatations fournies par la clinique, l'examen radiologique et le laboratoire.

Pronostic

Le pronostic des pneumonies prolongées est toujours favorable, malgré la durée parfois très longue de leur évolution.

Sur nos cinq malades, quatre sont complètement guéris et ne gardent aucune trace de leur maladie ; le cinquième, bien qu'il persiste encore chez lui une ombre pulmonaire, se porte très bien et travaille depuis plusieurs mois.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce fait que les pneumonies prolongées se terminent par la guérison dans l'immense majorité des cas.

Pour Rénon, cependant, la pneumonie prolongée, peut favoriser l'éclosion de la tuberculose, mais cette hypothèse n'est nullement prouvée.

Traitement

Une thérapeutique spécifiquement dirigée contre le pneumocoque, telle que la sérothérapie ou la vaccinothérapie, simple ou associée, ne nous paraît en aucune façon justifiée, la pneumonie prolongée guérissant toujours.

Nos malades n'ont reçu aucun traitement médicamenteux. La seule cure hygiéno-diététique nous semble suffisante pour amener une résolution complète du foyer et la guérison définitive.

Conclusions

1.) La prolongation de la durée d'une pneumonie au delà du neuvième jour, la persistance des signes fonctionnels, physiques et radiologiques pendant plusieurs semaines après le début de la maladie ne représentent pas une éventualité très exceptionnelle.

2.) Dans une première catégorie de faits la prolongation insolite de la maladie s'explique par l'absence des phénomènes critiques habituels ; on observe pendant plusieurs semaines la persistance d'un état fébrile, de symptômes physiques importants et de signes radiologiques étendus.

3.) Ailleurs la maladie se termine à la date normale, mais il peut persister pendant une très longue période des séquelles radiologiques.

4.) Dans un certain nombre de cas l'aspect radiologique constaté est celui qui correspond à la description classique : image triangulaire à base axillaire et à sommet hilare, regressant progressivement de la périphérie vers le centre.

5.) Dans d'autres cas il s'agit d'images très différentes, par exemple d'un semis de taches micronodulaires ou de marbrures, donnant le change avec une lésion tuberculeuse du poumon.

6.) La connaissance de ces faits est extrêmement importante, en particulier pour le diagnostic différentiel avec une lésion tuberculeuse.

L'existence d'un épisode pneumonique typique dans les antécédents du malade, l'absence, vérifiée à plusieurs reprises, de bacilles de Koch dans les crachats, chez l'enfant la constatation d'une cuti-réaction négative, la disparition progressive des ombres radiologiques, permettront d'éliminer la tuberculose et d'établir le diagnostic exact.

7.) Aucune des théories émises dans le but d'expliquer la prolongation insolite de la maladie ne nous paraît pour le moment probante : ni la virulence particulière du pneumocoque, ni le rôle particulier du terrain, ni l'infection secondaire.

8.) Le pronostic est toujours très favorable et l'évolution se fait dans la majorité des cas vers la guérison complète. Une thérapeutique spécifique ne nous paraît pas indispensable. Le seul traitement hygiéno-diététique nous semble suffisant pour amener la résolution complète.

Président : M. Léon Bernard, professeur.

Vu :

Le Doyen :

BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND DELILLE. — Pneumonie in Sergent-Ribadeau Dumas-Rabonneix : Traité de Pathologie médicale. T. XXIV Fas. I.
- BAYLAC J. — Pneumococcie traînante et prolongée à forme pseudopleurétique et pseudo-cavitaire. Bull. Soc. méd. de Toulouse 1913.
- BAYLAC F. et BAYLAC R. — De la pneumococcie pulmonaire traînante et prolongée simulant la tuberculose pulmonaire. Toulouse Médical 1^{er} juin 1920.
- BAYLAC Robert. — Contribution à l'étude des pneumococcies pulmonaires traînantes et prolongées simulant la tuberculose pulmonaire. Thèse de Toulouse 1920.
- Léon BERNARD, LELONG, Mlle RENARD. — La localisation périhilaire de la tuberculose pulmonaire chronique chez l'adulte. Annales de Médecine. Mai 1927.
- Léon BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Masson Editeurs, 1931.
- Léon BERNARD, LAMY. — Les pneumonies prolongées. Soc. Méd. Hôp. mai 1933.
- CAIN, UHRI et Mlle BERNARD. — Pneumococcie pulmonaire aiguë curable. Soc. Méd. Hôp. 4/XI/1932.
- Cesare BARTOLOTTI. — Radiologia Medica. Avril 1927 pp. 264.
- BLANC PERDUCET. — Radiologie et pneumonie infantile. Thèse de Lyon 1919.
- Mlle BOURGEOIS. — Pneumonie prolongée. Thèse de Paris 1906.

- BUDIN. — L'examen radioscopique de la pneumonie chez l'adulte. Thèse de Lyon 1922-23.
- CANELLI A.F. — Le triangle rédioscopique de Weill et Mouriquand dans la première enfance. Archives de médecine des enfants. Août 1928.
- CARRAT Pierre. — Les pneumonies prolongées chez l'adulte. Le Médecin d'Alsace-Lorraine 1926 t. v. pp. 25 etc...
- CATHALA Jean. — Pneumonies à rechutes de l'enfance. Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. 1-6-1928 N° 52.
- CAUSSADE et LOGRE. — Pneumococcie pulmonaire à formes pseudopleurétiques et pseudocavitaires. Bull. Soc. Méd. Hôp. 1913.
- COMBY. — Pneumonie prolongée du sommet droit. Arch. Méd. enf. Février 1912.
- COTONI, Mlle RAPHAEL, TRUCHE : Pneumocoques. Masson et Cie Editeurs 1922.
- COTONI. — La crise dans la pneumonie. — Annales de Méd. t. 1. 1914 pp. 524-617.
- DUKEN J. — Die Bedeutung der Roentgenuntersuchung für die Beurteilung der kindlichen Pneumonie. Monatschr. für Kindh. t. 41 1928 pp. 175-194.
- ENGEL ST. — Die Pathogenese der croupösen Pneumonie. Monatschr. für Kindderh. t. 41 1928.
- GILET H. — Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant. Gaz. des Hôp. Juin 1903.
- GALLIARD. — Cent jours de pneumococcie larvée. Soc. Méd. Hôp. 25/VI/1915.
- GARDERE. — Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson. Journal de Méd. de Lyon 20/II/1923.

- GARDERE. — La pneumonie infantile à évolution prolongée. *Journal de Méd. de Lyon* 5/XII/1923.
- JACQUARD. — Contrib. à l'étude des pneumonies prolongées chez l'enfant. Thèse de Paris 1911.
- KRUEGER K. — Pneumonie non résolue d'une durée anormalement prolongée. *Illinois Méd. Journal*. Juin 1927 pp. 491.
- KRIEGER K. — Das Röntgenbild der Pneumonie u. seine Differentialdiagnose. *Zeitschr. für klin. Medizin* 1931 pp. 815-835.
- LASCHI G. — Quadri radiologi simulanti una tuberculosa pulmonare in case di pulmonite lobare. *Radiologia Medica*. Novembre 1927 pp. 1005.
- LEREBOULLET. — Les pneumococcies prolongées. *Paris Médical* 8/IX/1923.
- LOUYOT P. — Les pneumonies prolongées. *Revue Méd. de l'Est* I/I/1931 t. LIX.
- LOESCHKE. — Die Pathogenese der Kinderpneumonie. *Monatschr. für Kinderh.* 41-1928.
- MILIKOVITCH L. — Pneumonie prolongée. Thèse de Genève 1899.
- PAILLARD H. — Pneumonies. *Journal Méd. français*, Février 1932.
- RAYBAUT. — Formes prolongées de la pneumonie lobaire chez l'enfant. *Marseille Médical*. Février 1902.
- PAISSEAU ET ISER SOLOMON. — Les images radioscopiques de la pneumonie franche. *Bull Soc. Méd. Hôp.* 9/11/1923.

PAISSEAU ET ISER SOLOMON. — Etude radiologique de la pneumonie chez l'adulte. Annales de Médecine. Janvier 1924.

E. RIST. — Le début brusque de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et sa localisation lobaire. Revue de la tuberculose. t. XI 1930.

E. RIST, Mlle BLANCHY. — Séquelles radiologiques de pneumonie simulant la tuberculose. Soc. Méd. Hôp. Mai 1933.

ROUBIER CH. — L'examen radioscopique de la pneumonie chez l'adulte. Progrès Médical 17/II/1923.

ROUBIER et BOUCOMONT. — La pneumonie du lobe moyen chez l'adulte et son diagnostic radiologique. Progrès Médical Nov. 1931.

SERRE et LAPORTE. — Trois cas de pneumonies prolongées. Soc. Méd. Toulouse. Avril 1920.

VEUILLET. — Les pneumonies prolongées. La Bourgogne Médicale. Sept. 1929.

STEVENIN et MENESTRIER : in ROGER — WIDAL — TEISSIER.

WEIL et GARDERE. — Considération sur le diagnostic de la pneumonie chez le nourrisson. Paris Médical 20/I/1923

WEILL ET GARDERE. — Pneumococcie à évolution prolongée chez un nourrisson (type pseudo). Soc. Méd. Hôp. Lyon 15/XI/1923.

WEILL et MOURIQUAND. — Le triangle axillaire de la pneumonie infantile. Soc. de Pédiatrie 15/II/1910.

WEILL et MOURIQUAND. — Traité de Méd. Infantile. G. Doin, Editeur 1928.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	13
Historique	15
Définitions et généralités	18
Etude clinique	25
Observations	27
Pathogénie	37
Diagnostic	42
Examen radiologique	48
Examen bactériologique des crachats	51
Pronostic	53
Traitement	53
Conclusions	54
Biographie	56

